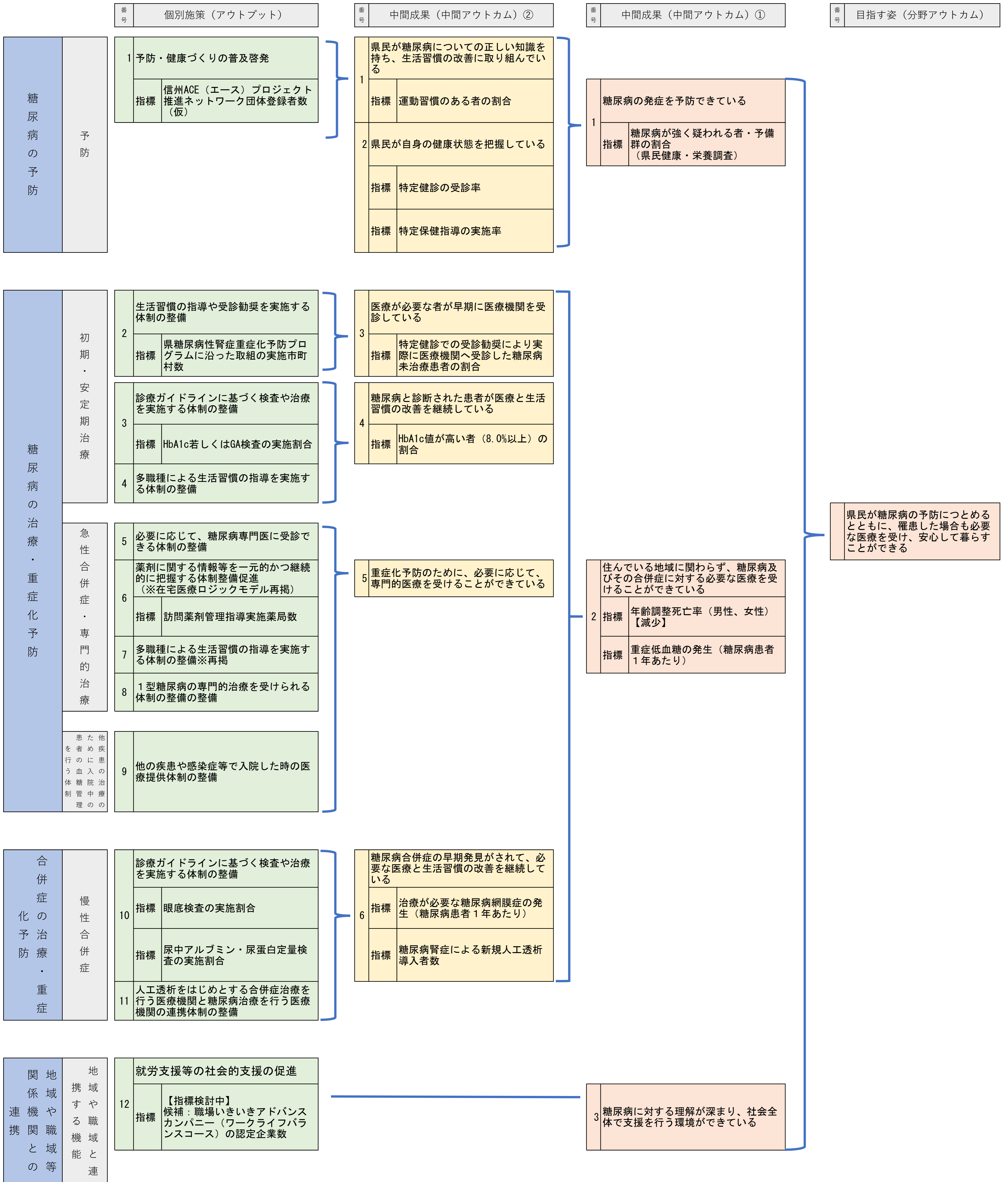


糖尿病 ロジックモデル (案)



第 2 回生活習慣病等対策・歯科・医薬WG会議における主な議論について

(開催日 6月12日(月))

○ 糖尿病

主 な 議 論

【ロジックモデル 中間アウトカム②】

(1) 「糖尿病発症予防のための生活により、糖尿病のリスクが減少できている」

- ・「糖尿病発症予防のための生活」の意味が分かりにくい。
- ・3つの柱とし、早期発見、早期受診、生活習慣の改善のための保健指導でよいのではないか。

⇒国の指針における予防分野の目標の記載をもとに、記載内容を変更。発症予防のための生活習慣の改善をスタートとし、1.「県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる」、予防に取り組みつつ早期発見・早期受診につながるために、2.「県民が自身の健康状態を把握している」という2つの項目とした。早期受診についてはさらに、「糖尿病の治療」の「初期・安定期治療」に、「医療が必要な者が早期に医療機関を受診している」との項目を追加した。

(2) 「HbA1c 高値の者（糖尿病が強く疑われる者）が、適切な治療・指導を受けられている」

- ・高齢者は低すぎてもいけないため、「HbA1c の値が著しく高い者が減っている」という表現が良いのではないか。
- ・指標は HbA1c が異常に高い者（9%以上）の割合が減少（8～7%を目指す） としてはいかがか。

⇒「糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続している」に変更した。

指標：糖尿病と合併症の重症化予防の観点から、「HbA1c が高い（8.0%以上）者の割合」と変更した。

(3) 「専門医療の提供により、糖尿病の重症化が予防できている」

- ・専門医とかかりつけ医の連携は地域により全く違う。地域差があり、画的にみるのは難しい。
- ・次にどのような介入をするか不明。
- ・かかりつけ医がすごく困らないと、専門医に紹介しないため、連携されにくい。
合併症出現前の患者について、合併症予防のための連携はできていない。重症化させないための病診連携の活発化は必要ではないか。
- ・データヘルス計画は一般市民を対象に、早期発見、標準的治療を行うことで、全体が良くなることが目標。指標として、重症低血糖の発生を記載しているが、重症低血糖を予防するより全体集団の中で、より問題ある人に効率的に介入していくことが重要では。
- ・KDB（国保データベース）でデータを抽出できるか疑問。

⇒「重症化予防のために、必要に応じて、専門的医療を受けることができている」に変更した。

指標：専門的医療が必要な患者のうち、どのくらいの患者が専門的医療を受けているか測ることが難しいため、「設定なし」とした。

ご意見を基に計画本文を記載した。

(4) 「他の疾患や感染症等で入院したときにも適切な治療を継続して受けられている」

- ・糖尿病の治療、重要化予防としては、治療継続者の割合、HbA1c の値が逸脱しない状態の患者がいかにも多くなるかが重要ではないか。
- ・入院時には、必ず治療中の疾病、使用中の薬剤を確認し、薬剤の整理を含めて対応している。

⇒現状達成されていることであるとのことから、中間アウトカムからは削除。ただし、国の指針に記載のある事項であるため、個別施策には記載した。

(5) 「糖尿病合併症の早期発見ができている」

- ・合併症については、かかりつけ医がリスクの高い人をきちんと検査して、抽出して、治療を行う。
- ・指標として、「眼底検査の実施割合」ではなく、眼科への紹介率としてはいかがか。

- ・指標に尿蛋白検査の実施割合、GFR 検査の実施割合を追加してはいかがか。
- ・指標は、眼科、歯科等他科受診、専門医療機関への受診、定期的な合併症の評価が良いのでは。

(6) 「糖尿病合併症への適切で専門的な治療を受けられている」

- ・下肢切断は糖尿病性腎症の重篤な合併症ではあるが、心臓血管病の更に重症化した方々なので、指標としては難しいか。
- ・指標は、皮膚潰瘍の問題、皮膚科受診について検討してはいかがか。

⇒「糖尿病合併症の早期発見がされて、必要な医療と生活習慣の改善を継続している」に変更した。

指標：「治療が必要な糖尿病網膜症の発生（糖尿病患者 1 年あたり）」「糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数」とした。

※眼科への紹介率、糖尿病患者の皮膚潰瘍の問題、皮膚科受診については、現状は数値としての評価が困難。

※尿蛋白検査、GFR 検査の実施割合については、個別施策にて、「診療ガイドラインに基づく検査や治療を実施する体制の整備」の項目にて、尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合を指標とした。

○ CKD（慢性腎臓病）対策

主 な 議 論

(1) 目指すべき方向について

- ・CKD の早期発見・早期治療及び重症化予防のために、地域における医療提供体制の整備、普及啓発、診療水準の向上、人材育成、研究開発の推進が基本的な方策である。

⇒計画本文の、施策の展開を「発症予防・早期発見・早期治療に向けた取組」「地域における医療提供体制の整備」「CKD 対策を担う人材の育成」「CKD に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う体制」に整理した。

(2) 指標について

- ・「地域における医療提供体制の整備」は、検診受診率の増加、かかりつけ医と専門医の連携の構築である。指標としては尿蛋白検査の実施率、連携体制が構築され、実践されている（病診連携されている）地域がどれだけ増えているか。

⇒ご意見を基に施策の展開の本文を記載した。指標については、現段階で連携体制が構築されている地域の現状の把握ができていないこと、尿蛋白検査の実施率は糖尿病の指標に採用したことから、設定なしとした。

(3) 取組について

- ・協議会の設置、診療水準が向上し、かかりつけ医にメリットのある医療提供体制を作ってほしい、メディア等を使った情報発信が必要。

⇒ご意見を基に施策の展開に普及啓発や医療提供体制の整備について、関係団体等と検討をすすめる旨を記載した。

○ COPD（慢性閉塞性肺疾患）対策

主 な 議 論

(1) たばこ対策について

- ・たばこ対策の取組が COPD 対策につながるのではないか。

⇒計画本文の施策の展開に、発症予防の取組としてたばこ対策について記載した。

(2) 早期発見、早期治療について

- ・早期発見等のために、健診等で認識できるか。

⇒特定健診に、COPD に係る検査項目はないため、発症予防に向けた取組として、たばこ対策を記載した。

糖尿病対策

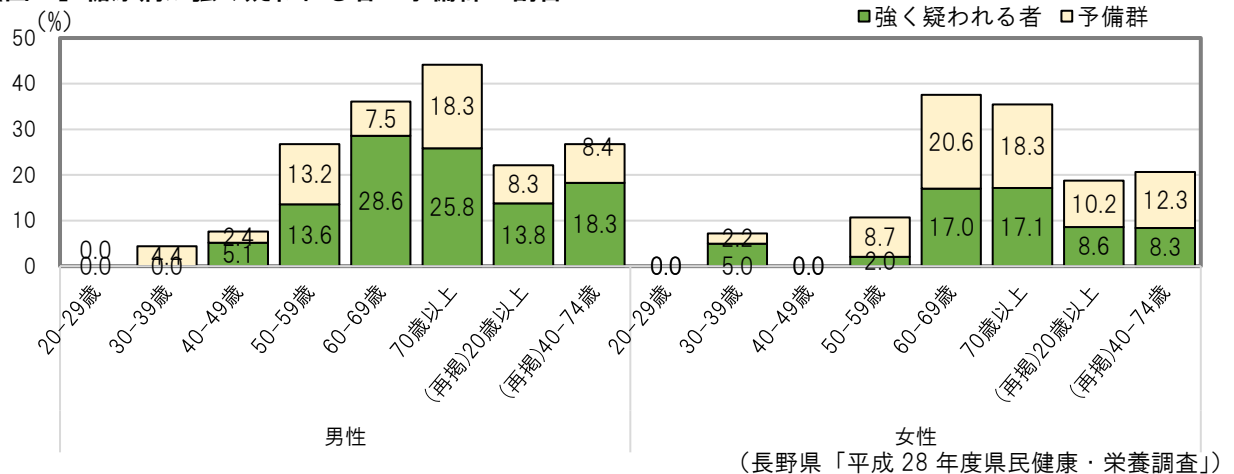
第 1 現状と課題

1 糖尿病の予防

(1) 有病者の割合等

- 40～74 歳男性の 26.7%、女性の 20.6%は、糖尿病が強く疑われる者または予備群です。(図 1)
- 糖尿病が強く疑われる者、予備群の割合は、平成 22 年からの推移をみると、男女ともに横ばいの状況です。(図 2)

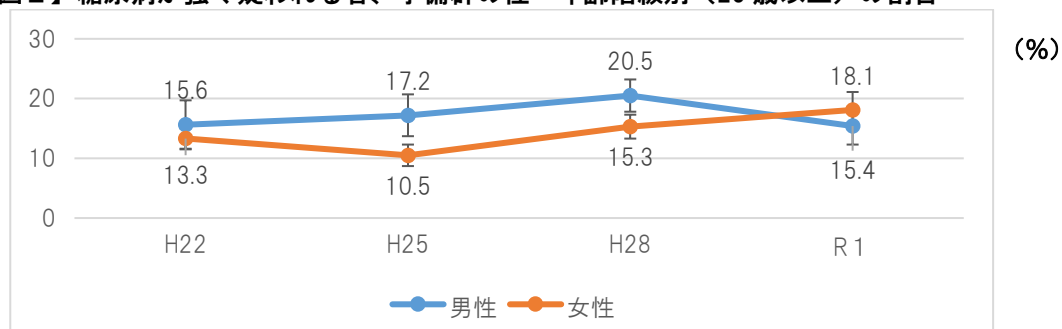
【図 1】糖尿病が強く疑われる者・予備群の割合



※ 1 糖尿病が強く疑われる者：HbA1c (NGSP) 値 6.5%以上または糖尿病治療の者

※ 2 糖尿病の予備群：HbA1c (NGSP) 6.0%以上 6.5%未満で※ 1 以外の人

【図 2】糖尿病が強く疑われる者、予備群の性・年齢階級別 (20 歳以上) の割合



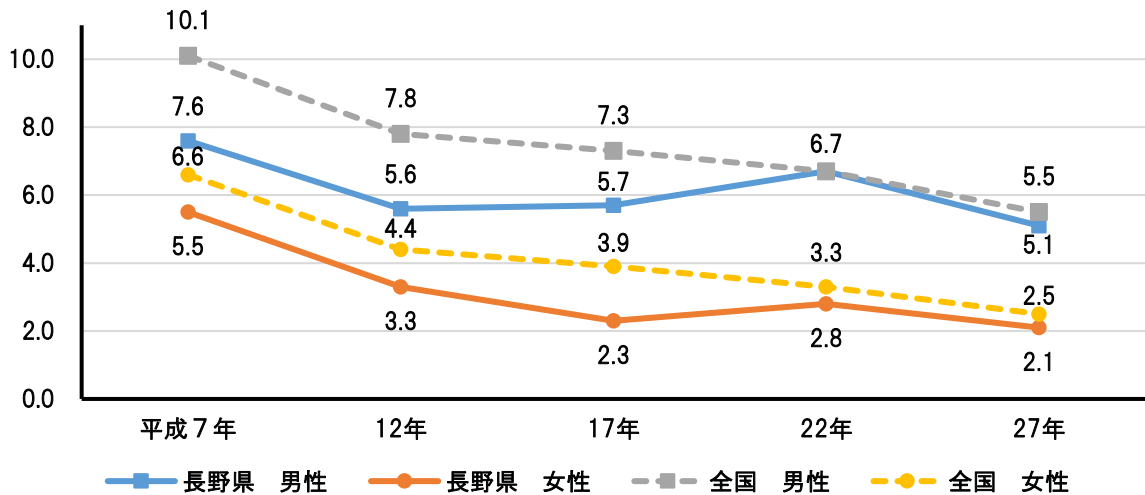
- 糖尿病発症予防の取組及び重症化予防の取組が重要です。重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、市町村含む医療保険者と医療機関が連携して保健指導を行い人工透析への移行を防ぐため、当県、県医師会、県糖尿病対策推進会議、県保険者協議会が連携し、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を平成 28 年 (2016 年) 8 月に策定しました。予防と医療の包括的取組として推進しています。

2 糖尿病の医療

(1) 糖尿病による死亡の状況

- 令和3年の人口動態統計によると、全国では、年間約1万4千人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めています。長野県では約250人が糖尿病が原因で死亡しています。
- 長野県の平成27年における糖尿病の年齢調整死亡率は、男女ともに全国と同程度であり（男性31位、女性33位）、長野県・全国ともに、低下傾向にあります。（図3）

【図3】 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

(2) 糖尿病の治療・重症化予防

ア 初期・安定期治療

- 長野県内で糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、令和2年には約7万6,000人（全国約579万1,000人）と推計され、増加傾向にあります。（表1）

【表1】 糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数の推移（単位：千人）

区分	平成20年	23年	26年	29年	令和2年
長野県	36	49	46	51	76
全国	2,368	2,700	3,166	3,289	5,791

（厚生労働省「患者調査」）

- 糖尿病の初期・安定期には、かかりつけ医による治療が重要となります。1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、2型糖尿病の場合は、2～3か月間の食事療法・運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合には、インスリン治療を含む薬物療法を開始します。
- 糖尿病は血糖コントロールを適切に行うことにより、重症化予防が可能になるため、日本糖尿病学会編による診療ガイドライン（以下「診療ガイドライン」という。）等に基づき、定期的にHbA1c検査もしくはGA検査を実施することが重要です。
- NDB（レセプトデータ）によると、長野県内で令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、HbA1c検査もしくはGA検査が1年間で1度以上あった患者の割合は95.9%とな

っています。

※1：4か月以上受診間隔を空けずに受診している糖尿病患者、当該年度に入院した患者を除く

- 厚生労働科学研究（H25-循環器等（生習）--一般-016、研究代表者 野田光彦）の「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループによる「糖尿病受診中断対策包括ガイド」によると、糖尿病治療のための受診を中断してしまう人が年8パーセント程度いると推定され、中でも男性で仕事を持っている人に多い傾向があります。合併症などの重症化を予防するためにも、初期から継続的な治療が重要です。

- 糖尿病の重症化を予防し、糖尿病合併症の発症、重症化を予防するためには、医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等の多職種が連携して、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、個々の患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣に関する指導を実施するとともに、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが必要です。

- NDB（レセプトデータ）によると、令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者※1のうち、糖尿病透析予防指導管理料もしくは糖尿病合併症管理料のいずれかが1年間で1度以上算定されている患者の割合は1.06%となっています。同様に外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料が1年間で1度以上算定された患者の割合は、5.99%となっています。

※1：4か月以上受診間隔を空けずに受診している糖尿病患者、当該年度に入院した患者を除く

- 糖尿病患者の指導や支援を行う医療従事者の資格として、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士（C D E J）や糖尿病看護認定看護師があります。

令和4年8月現在の長野県内の糖尿病療養指導士（C D E J）数は427名となっており、人口10万人あたりの糖尿病療養指導士数は4.7人となっています。

- 令和4年12月現在、日本看護協会の認定する糖尿病看護認定看護師は長野県内に17名います。

イ 急性合併症・専門的治療

- 糖尿病の重症化予防に向け、地域のかかりつけ医と糖尿病専門医が、それぞれの持つ医療機能に応じ、紹介・逆紹介、併診等を活用する等連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。

- 長野県の人口10万人あたりの糖尿病専門医が在籍する医療機関数は2.4と、全国（3.0）を下回っている状況です。

- 糖尿病性昏睡などの急性合併症を発症した場合は、インスリン投与などによる治療を行います。

- 患者に対して、シックデイ（発熱、下痢、食欲不振時等）の対応や低血糖時の対応について事前に指導を行い、重症低血糖を防ぐことが重要です。

- 糖尿病患者では、多剤併用（ポリファーマシー）の場合が多いため、医療機関とかかりつけ薬局の連携を促進し、糖尿病の薬物治療に対する正しい知識の啓発及び服薬状況の確認、服薬支援の実施など薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制整備が必要です。

- 1型糖尿病はインスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因としており、診断後、直ちにインスリン治療を行います。

- NDB（レセプトデータ）によると、県内で、令和3年度に1年間で1度以上インスリン処方があり、かつ診療行為によりシリンジポンプに関連する加算を算定した患者がいた医療機関（1型糖尿病に対する専門治療を行う医療機関）は30施設あります。

- 糖尿病と歯周病の間には互いに関連があるといわれていることから、糖尿病の発症初期から継続的な歯科受診が必要です。

ウ 他疾患の治療等のために入院中の患者の血糖管理を行う体制

- 糖尿病患者が他の疾病や感染症等で入院した場合も、適切な血糖値の推移を管理するための医療提供体制が必要です。
- 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠では、流産や胎児への合併症のリスクがあるため、血糖コントロールが必要になりますが、胎児への影響がないインスリン治療が必要となるため、妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を受けられる体制が必要です。
- また、退院時には在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等と連携することにより、合併症発症予防・重症化予防のための介入を継続することが求められます。

(3) 糖尿病合併症の治療・重症化予防

- 合併症の重症化予防のためには早期発見が重要であり、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医、糖尿病専門医が「診療ガイドライン」に基づき検査や治療を実施することが必要です。
- 合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、合併症の予防が重要です。
- 全糖尿病患者の10.6%が糖尿病網膜症を、11.1%が糖尿病性腎症を、11.8%が糖尿病性神経障害を、0.7%が糖尿病足病変を合併しています（厚生労働省「国民健康・栄養調査」平成19年）。
- 糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等の慢性合併症は、血糖コントロールの他、高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等危険因子の包括的な管理を適切に行うことにより、発症を予防するとともに、発症後であっても病気の進展を阻止又は遅らせることが可能です。
- 糖尿病網膜症の早期発見のためには、全糖尿病患者に眼科受診が推奨されています。
NDB（レセプトデータ）によると、長野県内で令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、眼底検査が1年間で1度以上あった患者の割合は38.9%となっています。
※1：4か月以上受診間隔を空けずに受診している糖尿病患者、当該年度に入院した患者を除く
- 糖尿病性腎症の早期発見のためには、定期的な尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査を実施し、その結果に基づく腎臓内科・専門医療機関への紹介が求められます。
NDB（レセプトデータ）によると、長野県内で令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、アルブミン定量（尿）もしくは蛋白定量（尿）が1年間で1度以上あった患者の割合は15.9%となっています。
※1：4か月以上受診間隔を空けずに受診している糖尿病患者、当該年度に入院した患者を除く
- 糖尿病合併症の重症化予防のためには、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医や糖尿病専門医と眼科等の専門医を有する医療機関、人工透析の実施可能な医療機関等が連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。
- 合併症の重症化予防のためには薬剤師や保健師の関わりも重要であり、服薬の継続管理や生活習慣改善への助言など、地域の医師と連携した取組を行う必要があります。
- NDB（レセプトデータ）によると、長野県内で令和3年時点の人口10万人当たりの糖尿病網膜症に対する専門的治療^{※2}を行う医療機関数は114か所です。
※2：1年間で糖尿病薬処方1度以上あった糖尿病患者に対し、糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）を算定した医療機関数
- 長野県内で、令和5年1月31日時点の人口10万人当たりの腎臓専門医が在籍する医療機関数は2.3と、全国（2.3）と同水準です。

- NDB（レセプトデータ）によると、長野県内で令和3年時点の人口10万人当たりの糖尿病性腎症に対する専門的治療^{※3}を行う医療機関数は30か所です。

※3 糖尿病透析予防指導管理料が算定されている医療機関数

- 令和3年に長野県内で新たに透析を始めた患者のうち、原疾患に記入のあった患者は592人、そのうち糖尿病性腎症の患者は213人となっています。

【表2】 透析治療患者数と糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移 (単位：人)

区分		平成28年	29年	30年	令和元年	2年	3年
長野県	透析治療患者数	5,374	5,412	5,297	5,429	5,407	5,485
	新規透析導入患者のうち原疾患に記入があった患者数	622	588	520	560	612	592
	新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症の患者数	273	238	235	235	241	213

(日本透析医学会 「我が国の慢性透析療法の現況」)

3 糖尿病の療養生活

- 糖尿病になっても、治療を継続しながら、自分らしい生活を送るためには、治療と仕事を両立していくことが重要です。
- 各企業や事業所において、国が公開している「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた職場での取組の推進や、両立支援コーディネーターを中心とした治療と仕事の両立のための支援体制の整備が必要です。

【表3】 職場いきいきアドバンスカンパニー（ワークライフバランスコース）の認定企業数の推移

(単位：社)

データ整理中

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

目指す姿（分野アウトカム）

県民が糖尿病の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

- (1) 糖尿病の発症を予防できている。
- (2) 住んでいる地域に関わらず、糖尿病及びその合併症に対する必要な医療を受けることができている。
- (3) 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている。

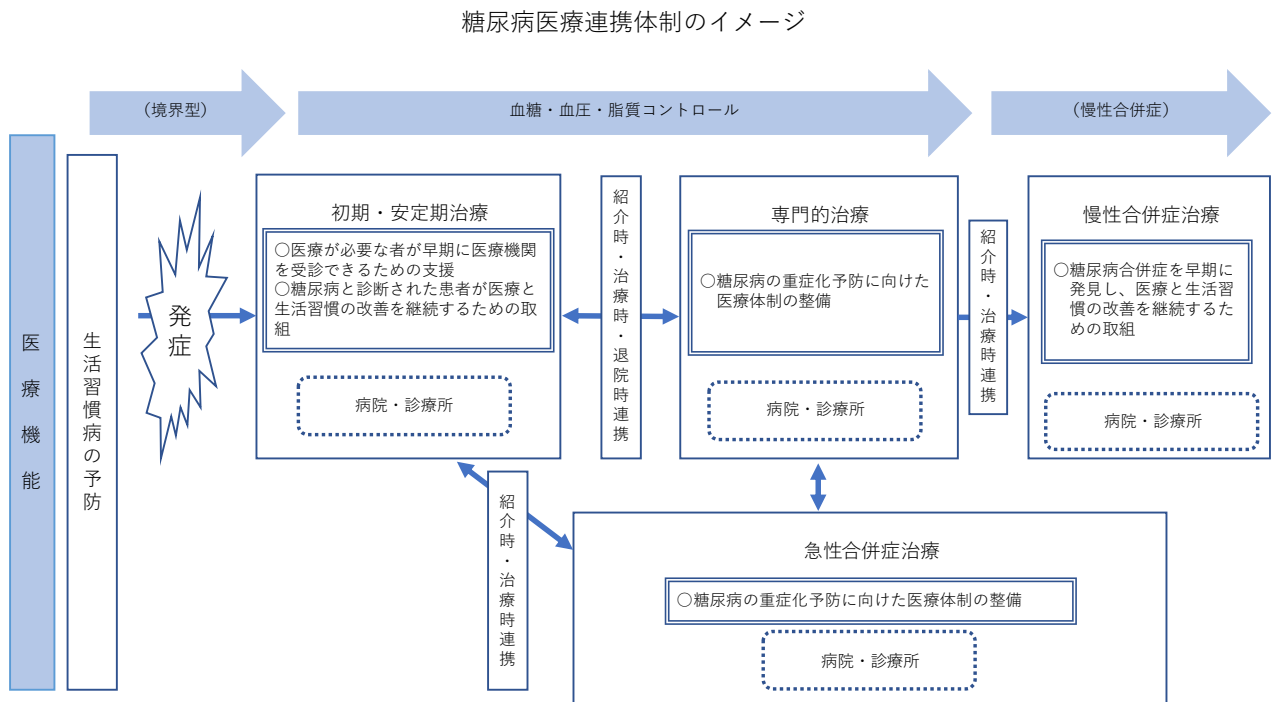
中間成果（中間アウトカム）

- (1) 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる
- (2) 県民が自身の健康状態を把握している
- (3) 医療が必要な者が早期に医療機関を受診している
- (4) 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続している
- (5) 重症化予防のために、必要に応じて、専門的医療を受けることができる
- (6) 糖尿病合併症の早期発見がされて、必要な医療と生活習慣の改善を継続している

2 糖尿病の医療体制

- 糖尿病の医療体制は、次に示す図のとおりです。

初期・安定期治療、専門的治療、急性増合併症治療、慢性合併症治療について、それぞれの医療機能が医療機関等に求められるとともに、これらの医療機能を担う医療機関等相互の連携の推進により、一人ひとりの患者さんにふさわしい糖尿病の医療の提供を図ります。



3 二次医療圏相互の連携体制

資料1－6参照

第3 施策の展開

1 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組むための普及啓発の実施

- 糖尿病の発症を防ぐため、健康づくり県民運動「信州 ACE（エース）プロジェクト」（※第〇章参照）に参画している関係団体・市町村・企業等で構築される推進ネットワークを活用し、食生活、運動習慣等の生活習慣を改善する具体的方法等についての普及啓発に取り組みます。

2 県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組

- 若い頃から自分の健康状態を把握し、生活習慣の見直しができるよう、毎年の健康診査（特定健診等）受診のための情報提供、環境整備を関係機関と連携して進めます。
- 市町村等と連携し、健康診査の結果に基づき、健康状態に応じた必要な保健指導が受けられる体制を整えます。

3 医療が必要な者が早期に医療機関を受診できるための支援

- 健康診査の結果により医療が必要な者に対し、早期に医療機関の受診が出来るよう、市町村等が糖尿病性腎症重症化予防プログラムも活用して専門的な保健指導及び受診勧奨を実施できるよう支援します。

4 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組

- 医療機関は、診療ガイドラインに基づき、各患者の状況に応じた血糖コントロールのために、定期的にHbA1c検査もしくはGA検査やインスリン治療を含む適切な薬物療法を実施することが望まれます。
- 医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、医療機関や地域の多職種が連携して、個々の患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣などの生活習慣に関する指導の実施を継続することが望まれます。

5 糖尿病の重症化予防のための医療体制の整備

- 医療機関においては、患者が必要に応じて専門的治療が受けられるよう、かかりつけ医が糖尿病専門医・専門医療機関に相談、紹介、併診できる連携体制を促進することが望まれます。
- 在宅患者の薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による服薬状況の確認、服薬支援の実施など、薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制整備の促進に取り組みます。
- 医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、医療機関や地域の多職種が連携して、個々の患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣などの生活習慣に関する指導の実施を継続することが望まれます。

（※再掲）

- 医療機関においては、1型糖尿病の患者の重症化予防と療養生活の質の維持向上のために、1型糖尿病に対する治療の体制が望まれます。
- 糖尿病治療を行う医療機関と歯周病の専門的治療を行う医療機関が、診療情報や治療計画を共有する等の医科歯科連携を推進するほか、糖尿病患者に対し継続的な歯科治療を促します。

- 医療機関は、糖尿病患者が他の疾病で入院した場合や感染症流行時等の非常事態においても、切れ目なく適切な医療を受けられるよう、連携体制や ICT を活用したオンライン診療の促進等の検討が望まれます。

6 糖尿病合併症を早期に発見し、医療と生活習慣の改善を継続するための取組

- 医療機関は、糖尿病合併症の早期発見に向け、診療ガイドライン等に基づき、定期的に、眼底検査や尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査を実施し、早期治療に結びつけることが望まれます。
- 医療機関においては、患者が必要に応じて糖尿病合併症への専門的治療を受けられるよう、かかりつけ医や糖尿病専門医、合併症治療を行う医療機関が連携する体制を促進することが望まれます。

7 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援する環境の整備

- 県は、企業による「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づいた取組の推進に向けた働きかけを行います。
- 県は、長野産業保健総合支援センター等の就労支援の相談窓口の周知に取り組みます。

第4 数値目標

1 県民が糖尿病の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。(目指す姿)

- (1) 糖尿病の発症を予防できている。
- (2) 住んでいる地域に関わらず、糖尿病及びその合併症に対する必要な医療を受けることができる。
- (3) 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている。

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	糖尿病が強く疑われる者・予備群の割合	(男性) 長野県 17.4% (女性) 長野県 23.2% (2019 20歳以上)	(男性) 16.0%以下 (女性) 14.0%以下	H29年度(前計画のベースライン)と比して25%の減少	県民健康・栄養調査 健康日本21(第3次)
○	年齢調整死亡率 (人口10万対)	(男性) 長野県 5.1 全国 5.5 (女性) 長野県 2.1 全国 2.5 (H27)	(男性) 5.1以下 (女性) 2.1以下	現状以下を目標とする。	人口動態特殊報告
○	重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年あたり)	0.6% (2021)	0.6%以下	現状以下を目標とする。	NDB

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標):医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

2 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組むための普及啓発の実施

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	運動習慣のある者の割合				
	全体	23.1%	40%	健康日本 21(第3次)の目標値	県民健康・栄養調査
	20~64 歳男性	16.6%	30%		
	20~64 歳女性	15.0%	30%		
	65 歳以上男性	39.5%	50%		
65 歳以上女性	30.0%	50%			
		(2019)			
S	信州 ACE(エース)プロジェクト推進ネットワーク団体登録者数(仮)	263 団体 (2022. 10 月)	263 団体	現状維持を目標とする	健康増進課調

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標):医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

3 県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	特定健診の受診率	60.2% (2021)	70%	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	厚生労働省
O	特定保健指導の実施率	30.9% (2021)	45%	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	厚生労働省

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標):実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標):医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

4 医療が必要な者が早期に医療機関を受診できるための支援

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	確認中			NDB
S	県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った取組の実施市町村数	74 市町村	77 市町村	全市町村	健康増進課調

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
 O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

5 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	HbA1c 値が高い者 (8.0%以上) の割合	確認中			厚生労働省 (NDB オープン データ)
P	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	確認中			厚生労働省 (NDB オープン データ)

注) 「区分」欄 P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
 O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

6 糖尿病の重症化予防のための医療体制の整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
	訪問薬剤管理指導実 施薬局数	確認中			

注) 「区分」欄 S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
 P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
 O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

7 糖尿病合併症を早期に発見し、医療と生活習慣の改善を継続するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	治療が必要な糖尿病 網膜症の発生（糖尿 病患者1年あたり）	1.5% (2021)	1.5%以下	現状以下を目 標とする。	厚生労働省 (NDB オープン データ)
O	糖尿病腎症による新 規人工透析導入者	213人 (2021)	213人以下	現状以下を目 標とする。	日本透析医学会 我が国の慢性透 析療法の現況
P	眼底検査の実施割合	38.9% (2021)	38.9%以上	現状以上を目 標とする。	厚生労働省 (NDB オープン データ)

P	尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合	15.9% (2021)	15.9%以上	現状以上を目標とする。	厚生労働省 (NDB オープンデータ)
---	----------------------	-----------------	---------	-------------	------------------------

注) 「区分」欄 P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O (アウトカム指標) : 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

8 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援する環境の整備

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
P	指標検討中 候補： 職場いきいきアドバンスカンパニー（ワークライフバランスコース）の認定企業数	確認中			産業労働部

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P (プロセス指標) : 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O (アウトカム指標) : 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

コラム

1 第7次計画のコラム

- 糖尿病治療における多職種連携
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 薬剤師による重症化予防への取組

2 第8次計画のコラム (案)

- 糖尿病治療における多職種連携
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- 薬剤師による重症化予防への取組

ロジックモデル（糖尿病対策）事前意見

【分野アウトカム、中間アウトカム①】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
分野アウトカム		事前のご意見なし	
中間アウトカム①	1	1 糖尿病の発症予防・・・指標 疑い患者、予備群の割合 →県民健康・栄養調査で上記を判定できるのでしょうか？何を指標にして疑い患者、予備軍の割合を推測するのかが不明確です。検診などでのHbA1c正常者の割合、肥満者の割合なども指標の候補になるかと思えます。	上條構成員
	2	2 糖尿病およびその合併症に対する必要な医療をうけることができる・・・指標 年齢調整死亡率、重症低血糖の発生率 →国民が糖尿病だけで死ぬわけではないので、年齢調整死亡率が適正な指標になるかは？になります。糖尿病で問題となるのは大血管系障害による死亡なので、心血管病死亡率の方が適正な指標に思えます。また、この部分に治療が必要な糖尿病網膜症の発生割合、糖尿病性腎症による新規透析患者数の減少を入れた方が良いのではないかと思います。 指標としては 1) 心血管病死亡率、2) 糖尿病網膜症による失明割合、 3) 糖尿病性腎症による新規透析患者数、4) 重症低血糖の発生率 などが連なるのが良いように思えます。	上條構成員

【予防】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
中間成果① (中間アウトカム①)	1	1 糖尿病の発症予防・・・指標 疑い患者、予備群の割合 →県民健康・栄養調査で上記を判定できるのでしょうか？何を指標にして疑い患者、予備軍の割合を推測するのかが不明確です。検診などでのHbA1c正常者の割合、肥満者の割合なども指標の候補になるかと思えます。	上條構成員
中間成果② (中間アウトカム②)	2	指標1について、運動習慣のある者の割合の他に、健康日本21の指標である「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数（年齢調整値）」を入れるのはどうでしょうか。肥満者は増加傾向にあり、糖尿病の予防のための生活改善のアウトカム指標とするのもよいのかと考えます。	林構成員
	3	項番2の指標に「特定保健指導対象者の改善割合」（前年特定保健指導対象者が翌年どの程度改善したか）を追加してはどうか。全国値との比較や前計画期間最終年度の実績と当計画期間最終年度の実績比較等が評価の視点となる。これは、特定健診受診率、特定保健指導実施率と同様、糖尿病だけではなく生活習慣病対策全般にかかる指標であり、特定保健指導の効果に加え健康診断受診者や特定保健指導対象者の行動変容結果が表れるものと考えます。	清水構成員
	4	1 生活習慣の改善に取り組む・・・指標 運動習慣のあるものの割合 →良いと思えます。 2 県民が健康状態を把握している・・・指標 特定健診受診率、特定保健指導の実施率 →良いと思えますが、特定保健指導の実施率はアウトプット2の指標にした方がよいかもかもしれません。	上條構成員
個別施策 (アウトプット)	5	1 予防・健康づくりの普及啓発・・・指標 ACEネット団体登録数 →このアウトプットからいきなり中間アウトカム②に効果がいきにくいと思います。もう一つアクションが必要だと思います。たとえば、指標として 1. ACEネット団体登録数、2. 各団体から、運動習慣励行や検診受診についての団体参加者への介入率	上條構成員
	6	個別施策1指標にある「ACEネット団体登録数（仮）」とは何ですか？	駒津構成員

【初期・安定期治療】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム) ②		事前のご意見なし	
個別施策 (アウトプット)	1	「4 多職種による生活習慣の指導を実施する体制の整備」は、重要な施策だと思います。どのような体制をどのように整備するのか具体的なことは計画書に記載していくのかと思いますが、どのように進めていくのが課題だと思います。	林構成員
	2	生活習慣の指導や受診勧奨を実施する体制の整備・・・指標 糖尿病性腎症予防プログラムに沿った実施市町村数 →初期、安定期治療の部分になるので、指標としては、特定保健指導の実施率、医療機関受診が必要なものへの医療機関受診勧奨率、などの方が良いように感じます。	上條構成員
	3	4 多職種による生活習慣指導の体制整備・・・ 指標の記載がありませんが、指標としては体制が整備された市町村の数などでしょうか・・・。	上條構成員

ロジックモデル（糖尿病対策） 事前意見

【急性合併症・専門的治療】 【他の疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う体制】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム) ②	1	5 重症化予防のために専門医療機関を受けることができている。 →指標がありませんが、病診連携数 などでしょうか・・・。	上條構成員
	2	中間成果5の指標がないので、「糖尿病専門医数、および糖尿病療養指導士数」としたらいかがでしょうか？	駒津構成員
個別施策 (アウトプット)	1	5 必要に応じて糖尿病専門に受診できる体制の整備 指標の記載がありませんが、体制が整備できた市町村の数などでしょうか・・・。	上條構成員
	2	6 薬剤に関する情報把握の体制整備・・・指標 訪問薬剤管理指導実施薬局数 →指標として、訪問薬剤管理指導実施薬局数で良いのでしょうか？訪問薬剤管理は、一部の方にしか行われていないのではないかと推測しますが・・・。	上條構成員
	3	7 指標の記載がありませんが、指標としては体制が整備された市町村の数などでしょうか・・・。(再掲)	上條構成員
	4	8 1型糖尿病の専門的治療を受けられる体制の整備 指標がありませんが、糖尿病専門加療を受けられる病院数などでしょうか・・・。	上條構成員
	5	9. 他の疾患や感染症で入院した際の医療提供体制の整備 ・・・糖尿病から少し離れたお話のような感じがします。また、何をもち、これを評価するのがあまいの ように感じました。	上條構成員

【慢性合併症治療】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
中間成果 (中間アウトカム) ②	1	6 合併症の早期発見と必要な医療と生活習慣の改善の継続 →指標 治療が必要な糖尿病網膜症の発生 →これは良いと思います。 指標・・・いきなり、ここで新規透析導入患者数だと飛躍しすぎだと思います。これは、アウトカム①に移した方が良い問いだと思います。 ここでは、CKD 重症者数の減少 (CGA分類のred zone) などにするのはいかがでしょうか？	上條構成員
個別施策 (アウトプット)	1	「4 多職種による生活習慣の指導を実施する体制の整備」「5 必要に応じて、糖尿病専門医に受診できる体制の整備」は、重要な施策だと思います。どのような体制をどのように整備するのか具体的なことは計画書に記載していくのかと思いますが、どのように進めていくのが課題だと思います。	林構成員
	2	10. 診療ガイドラインに基づく検査や治療を実施する体制の整備 ・・・指標 眼底検査の実施割合、尿蛋白実施割合 →良いと思います、が実施して、その結果、眼底や腎の状態がどうなったのかの中間評価②が必要になると思います。	上條構成員
	3	11. 合併症治療を行う医療機関と糖尿病治療を行う医療機関の連携体制の整備 →指標がありませんが、連携体制の整備された市町村数などでしょうか。	上條構成員

【地域や職域と連携する機能】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
個別施策 (アウトプット)	1	項番12において「健康経営優良法人認定社数」を追加してはどうか。企業においては、経営者を中心に職域ぐるみで健康度向上に取り組むことが効果的。健康経営優良法人認定制度は「健康」に特化していることから、分かりやすいため（「職場いきいきアドバンスカンパニー」の認定基準では健康経営優良法人認定は選択項目）。	清水構成員
	1	12. 就労支援などの社会的支援・・・指標 健康経営に取り組む企業数、認定企業数 →これは良いのではないかと思います。	上條構成員

【その他】

意見項目	事前意見		意見提出者
	番号	意見内容	
その他	1	ロジックモデルにおいては、アウトプット⇔アウトカム②⇔アウトカム①⇔目指す姿の各項目に連続性が必要になると思います。拝見したものをみると、少し飛躍した部分があるので、なるべくつながりが途切れないようなプランを立てた方が良いのではないかと思います。 上記改定案は、そのような観点から意見しました。 ただ、私の頭の中でざっとロジックモデルを再構成した意見ですので、修正後はまた意見が出てくるかもしれません。色々模索しながら、より良いモデル(実現可能性があって、分かりやすいモデル)を作成するのが良いのではないかと思います。よろしくご参考ください。	上條構成員

次期医療計画に位置付ける機能別医療機関の一覧について

1 機能別医療機関の一覧とは

- ・ 県民が5疾病・6事業及び在宅医療に係る地域の医療機関ごとの役割分担の現状を理解し、病状に合った質の高い医療を受けられるよう、各医療機能を担う医療機関名を記載したもの。
- ・ 県のホームページで公表しており、毎年県で実施している「医療機能調査」により更新。

2 協議事項

- ・ 現行計画の機能別医療機関の一覧は、参考資料3のとおり。
- ・ 次期計画における「機能別医療機関の一覧」に掲載する医療機関の基準について、国の指針（参考資料2）も参考に、検討したところ、以下のとおり変更してはどうか。（次ページに拡大したものを添付）

現計画 (第7次)	機能	糖尿病の予防		糖尿病の治療・重症化予防		合併症の治療・重症化予防		地域や職域等関係機関との連携
		【初期・安定期治療】		【専門治療】		【急性期・慢性期治療】		
調査	調査	病院又は診療所 全医療機関に求められる機能と考えられる。		調査実施 ①～④のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病専門医が在籍すること ② 常勤の糖尿病療養指導士（CDE）が在籍すること ③ 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ④ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること		調査実施 左記の①～④のいずれかに該当することに加え、⑤又は⑥に該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を標榜していること		
		【初期・安定期治療】		【専門治療】		【急性期・慢性期治療】		
次期計画 (第8次)	機能	【予防】		【初期・安定期治療】		【急性合併症治療】		【連携】
		糖尿病を予防する機能		初期・安定期治療を行う機能		専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能		慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能
調査	調査	病院又は診療所 全医療機関に協力が求められる機能と考えられる。		病院又は診療所 全医療機関に求められる機能と考えられる。		調査実施 ② 常勤の糖尿病療養指導士（CDE）が在籍すること ③ 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ④ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること		調査実施 左記に該当し、⑤又は⑥に該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を標榜していること
		●予防に係る機能の追加 新たな指針を参考にしたため。		●機能【専門治療】→【専門的治療】 ●機能に【急性合併症治療】を追加 新たな国指針を参考にしたため。		●調査 左記の変更に伴い、表現変更。		●地域や職域等関係機関との連携に係る機能の追加 新たな国指針を参考にしたため。
変更の理由				●調査 現計画では、①専門医が不在でも、②～④のいずれかが該当することで、専門的治療、急性合併症の機能が果たせるということになってしまふ。そのため、専門的治療のために、糖尿病専門医を必須とし、②～④のいずれかが該当することで、患者への指導ができるようになったため。				

3 その他

本日の協議結果を踏まえ、本年10月頃に「医療機能調査」を実施し、とりまとめ結果を2月開催予定の保健医療計画策定委員会で報告する予定。

		糖尿病の予防		糖尿病の治療・重症化予防				合併症の治療・重症化予防		地域や職域等関係機関との連携	
現計画 (第7次)	機能			【初期・安定期治療】		【専門治療】		【急性期・慢性期治療】			
	調査			初期・安定期治療を行う機能		血糖コントロールが困難な場合の治療を行う機能		慢性合併症等の治療を行う機能			
		病院又は診療所 全医療機関に求められる機能と考えられる。		調査実施		①～④のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病専門医が在籍すること ② 常勤の糖尿病療養指導士（CDE）が在籍すること ③ 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ④ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること		調査実施 左記の①～④のいずれかに該当することに加え、⑤又は⑥に該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を標榜していること			
次期計画 (第8次)	機能	【予防】		【初期・安定期治療】		【専門的治療】 【急性合併症治療】		【慢性合併症治療】		【連携】	
	調査	糖尿病を予防する機能		初期・安定期治療を行う機能		専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能		慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能		地域や職域と連携する機能	
		病院又は診療所 全医療機関に協力が求められる機能と考えられる。		病院又は診療所 全医療機関に求められる機能と考えられる。		調査実施 常勤の糖尿病専門医が在籍し、かつ、以下の②～④のいずれかに該当する医療機関 ② 常勤の糖尿病療養指導士（CDEJ）が在籍すること ③ 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ④ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること		調査実施 左記に該当し、⑤又は⑥に該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を標榜していること		病院又は診療所 全医療機関に協力が求められる機能と考えられる。	
変更の理由		●予防に係る機能の追加 新たな指針を参考にしたため。				●機能【専門治療】→【専門的治療】 ●機能に【急性合併症治療】を追加 新たな国指針を参考にしたため。 ●調査 現計画では、①専門医が不在でも、②～④のいずれかが該当することで、専門的治療、急性合併症の機能が果たせるということになってしまう。 そのため、専門的治療のために、糖尿病専門医を必須とし、②～④のいずれかが該当することで、患者への指導ができると考えたため。		●調査 左記の変更に伴い、表現変更。		●地域や職域等関係機関との連携に係る機能の追加 新たな国指針を参考にしたため。	

二次医療圏相互の連携体制の検討について【糖尿病】

1 現状分析

(1) 医療資源

病期	項目名		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県
糖尿病の 治療・ 重症化予防	糖尿病専門医数	か所	11	5	4	3	6	0	31	0	17	3	80
	(日本糖尿病学会ホームページ R5.8.7現在)	人口10万人対	5.4	2.6	2.1	1.7	4.0	0.0	7.4	0.0	3.3	3.8	4.0
	専門治療を行う医療機関数	か所	14	9	6	10	16	2	28	1	28	3	117
	(R4 医療機能調査)	人口10万人対	6.9	4.7	3.2	5.7	10.6	8.3	6.7	1.8	5.4	3.8	5.8
糖尿病 合併症の 治療・ 重症化予防	糖尿病性網膜症に対する 専門的治療を行う医療機関数	か所	6	5	4	3	7	1	7	1	8	2	44
	(R4 医療機能調査)	人口10万人対	3.0	2.6	2.1	1.7	4.7	4.2	1.7	1.8	1.5	2.5	2.2
	糖尿病性腎症に対する 専門的治療を行う医療機関数	か所	6	4	5	4	7	1	10	1	8	2	48
	(R4 医療機能調査)	人口10万人対	3.0	2.1	2.6	2.3	4.7	4.2	2.4	1.8	1.5	2.5	2.4
糖尿病足病変に対する専門的治療を 行う医療機関数	か所	5	5	3	3	5	※注1	6	※注1	6	※注1	—	
	(レセプトデータ R3年度)	人口10万人対	2.5	2.6	1.6	1.7	3.3	—	1.4	—	1.1	—	—

(R5.4.1現在の長野県人口から算出)

※注1：厚生労働省「令和2年10月 匿名レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じて、秘匿されています。(ゼロは秘匿しない)

(2) 患者受療動向

別添 レセプトデータ分析結果 参照

(単位：%)

		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県内の主な流出先
糖尿病患者 (主傷病)	外来	92.9	84.9	92.7	89.0	95.1	※1 69.1	93.7	※2 79.6	92.2	84.8	※1 松本 8.6 ※2 松本 17.8
糖尿病の 人工透析	外来	92.9	84.9	92.7	88.9	95.1	※3 69.1	93.7	※4 79.7	92.1	84.8	※3 松本 8.6 ※4 松本 17.7

(3) 分析結果

- 現行の二次医療圏について見ると、糖尿病の専門医は木曾医療圏、大町医療圏には不在である。
- 慢性合併症の治療を担う医療機関については、すべての医療圏に確保されている。
- 患者の受療動向について見ると、木曾医療圏と大町医療圏を除く医療圏にあっては、8割以上の患者が圏域内にて受療されている。
- 木曾医療圏と大北医療圏は、松本医療圏への受療が認められている。

2 各圏域における連携体制案

二次医療圏	連 携 体 制
佐久	
上小	
諏訪	
上伊那	
飯伊	
木曾	松本医療圏を中心とした連携
松本	
大北	
長野	
北信	

長野県における二次医療圏別自己完結率

施設	患者→	2001佐久	2002上小	2003諏訪	2004上伊那	2005飯伊	2006木曾	2007松本	2008大北	2009長野	2010北信	2009不明
1_長野県		97.0%	97.5%	97.5%	98.1%	97.4%	79.9%	98.4%	98.6%	97.2%	97.8%	98.2%
2001佐久		92.9%	8.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.6%	0.1%	8.1%
2002上小		2.7%	84.9%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.3%	0.1%	1.6%	0.1%	10.3%
2003諏訪		0.2%	0.1%	92.7%	3.3%	0.2%	0.4%	1.0%	0.1%	0.2%	0.0%	8.5%
2004上伊那		0.1%	0.0%	0.9%	89.0%	1.0%	1.3%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	4.3%
2005飯伊		0.0%	0.0%	0.1%	2.7%	95.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%		9.7%
2006木曾				0.0%	0.0%	0.1%	69.1%	0.2%		0.0%	0.0%	1.1%
2007松本		0.3%	1.2%	3.1%	2.6%	0.7%	8.6%	93.7%	17.8%	1.1%	0.3%	21.1%
2008大北		0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	1.5%	79.6%	0.1%	0.0%	1.8%
2009長野		0.7%	2.9%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	1.0%	0.9%	92.2%	12.5%	30.7%
2010北信		0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.1%	0.0%	1.0%	84.8%	2.5%
2_隣接県		1.1%	0.7%	0.8%	0.6%	1.7%	19.4%	0.5%	0.5%	1.5%	1.6%	0.7%
10群馬県		0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%		0.1%	0.0%	0.1%
11埼玉県		0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%		0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
15新潟県		0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%		0.0%	0.2%	0.9%	1.4%	0.1%
16富山県		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.1%		0.1%
19山梨県		0.3%	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%		0.1%
21岐阜県		0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	17.9%	0.0%	0.0%	0.0%		0.1%
22静岡県		0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
23愛知県		0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	1.1%	1.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
9_近隣県外		1.9%	1.8%	1.6%	1.3%	0.9%	0.7%	1.0%	0.9%	1.3%	0.6%	1.1%
99_近隣県外		1.9%	1.8%	1.6%	1.3%	0.9%	0.7%	1.0%	0.9%	1.3%	0.6%	1.1%

各種マスタによる絞り込み

※何も選択されていない状態が全件

- 心疾患
- 生活習慣病
- 禁煙外来
- 高血圧
- 高脂血症
- 糖尿病
 - I型糖尿病患者
 - I型糖尿病患者（主傷病）
 - II型糖尿病患者
 - II型糖尿病患者（主傷病）
 - HbA1c検査
 - インシュリン
 - 血糖自己測定
 - 在宅インスリン治療
 - 人工透析の導入
 - 糖尿病の人工透析
 - 糖尿病の総合的な治療管理...
 - 糖尿病患者
 - 糖尿病患者（主傷病）

年度

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021

入外...

- 外来
- 入院

レセ...

すべて

保険...

すべて

性別

すべて

年齢...

すべて

医療機関名称

すべて

主病名



<分析対象としたレセプト>

国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者

長野県における二次医療圏別自己完結率

施設	患者→	2001佐久	2002上小	2003諏訪	2004上伊那	2005飯伊	2006木曾	2007松本	2008大北	2009長野	2010北信	2099不明
日	1_長野県	96.9%	97.5%	97.5%	98.1%	97.3%	79.9%	98.4%	98.6%	97.2%	97.8%	97.9%
	2001佐久	92.9%	8.2%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%	0.6%	0.1%	8.1%
	2002上小	2.7%	84.9%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.3%	0.1%	1.6%	0.1%	10.4%
	2003諏訪	0.2%	0.1%	92.7%	3.3%	0.2%	0.4%	1.0%	0.1%	0.2%	0.0%	8.4%
	2004上伊那	0.1%	0.0%	0.9%	88.9%	0.9%	1.3%	0.4%	0.0%	0.2%	0.0%	4.3%
	2005飯伊	0.0%	0.0%	0.1%	2.7%	95.1%	0.2%	0.1%	0.0%	0.1%		9.7%
	2006木曾			0.0%	0.0%	0.1%	69.1%	0.2%		0.0%	0.0%	1.1%
	2007松本	0.3%	1.2%	3.1%	2.6%	0.7%	8.6%	93.7%	17.7%	1.1%	0.3%	21.1%
	2008大北	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	1.5%	79.7%	0.1%	0.0%	1.8%
	2009長野	0.7%	2.9%	0.4%	0.2%	0.1%	0.1%	1.0%	0.9%	92.1%	12.4%	30.4%
	2010北信	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.1%	0.0%	1.0%	84.8%	2.5%
日	2_隣接県	1.1%	0.7%	0.8%	0.6%	1.7%	19.4%	0.5%	0.5%	1.5%	1.6%	0.8%
	10群馬県	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%		0.1%	0.0%	0.1%
	11埼玉県	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%		0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
	15新潟県	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%		0.0%	0.2%	0.9%	1.4%	0.1%
	16富山県	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%		0.0%	0.0%	0.1%		0.1%
	19山梨県	0.3%	0.1%	0.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%		0.1%
	21岐阜県	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.3%	17.9%	0.0%	0.0%	0.0%		0.2%
	22静岡県	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
	23愛知県	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	1.1%	1.4%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
日	9_近隣県外	1.9%	1.8%	1.6%	1.3%	0.9%	0.7%	1.1%	0.9%	1.3%	0.7%	1.3%
	99_近隣県外	1.9%	1.8%	1.6%	1.3%	0.9%	0.7%	1.1%	0.9%	1.3%	0.7%	1.3%

<分析対象としたレセプト>
 国民健康保険、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会長野支部の加入者

各種マスタによる絞り込み

※何も選択されていない状態が全て

- 糖尿病
 - I型糖尿病患者
 - I型糖尿病患者（...
 - II型糖尿病患者
 - II型糖尿病患者（...
 - HbA1c検査
 - インシュリン
 - 血糖自己測定
 - 在宅インスリン治療
 - 人工透析の導入
 - 糖尿病の人工透析
 - 糖尿病の総合的な...
 - 糖尿病患者
 - 糖尿病患者（主傷...
 - 糖尿病足病変に対...
 - 糖尿病透析予防指...
 - 糖尿病網膜症手術
 - 内服薬
- 精神医療

医療機関名称

年度 2017 2018 2019 2020 2021

入外区分 外来 入院

レセプト区...

保険区分

性別

年齢階級

主病名